



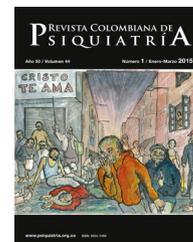
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Grupos de escucha y apoyo en un hospital universitario como modelo de intervención para profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19

Gabriel Fernando Oviedo Lugo^{a,*}, José Miguel Uribe Restrepo^b, Mariana Pinto Álvarez^c, Juan Agustín Patiño Trejos^c y Nicolás Gómez-Chiappe^c

^a Centro de Memoria y Cognición Intellectus, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de mayo de 2021

Aceptado el 19 de octubre de 2021

On-line el xxx

Palabras clave:

Pandemia de COVID-19

Profesionales de la salud

Escucha activa

Grupos de apoyo virtuales

Telemedicina

R E S U M E N

Introducción: Los profesionales de la salud que se enfrentan a la pandemia de COVID-19 han vivido situaciones inesperadamente traumáticas asociadas con la preocupación por la posibilidad de adquirir la infección, las cargas excesivas de trabajo y el aumento en las tasas de mortalidad de los pacientes. El objetivo es realizar cambios en las prácticas hospitalarias que faciliten espacios para el bienestar de los equipos de salud.

Métodos: Se estructuró una intervención continua durante el primer año de este brote. Se implementaron grupos recurrentes de apoyo por pares por videoconferencia e intervenciones virtuales individuales para médicos especialistas, médicos residentes, enfermería y personal de apoyo, centrados en problemas y emociones relacionadas con el impacto psicológico asociado con pertenecer a la primera línea de trabajo clínico con pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Resultados: Dentro del trabajo grupal se facilitó la expresión de sentimientos, el apoyo entre pares y la validación de la experiencia emocional personal. Los participantes expresaron la necesidad de obtener seguridad física y psicológica en la batalla contra la COVID-19, además de la necesidad de lazos interpersonales y dar sentido a sus vivencias.

Conclusiones: A partir de nuestros hallazgos, consideramos necesario investigar sobre las experiencias potencialmente traumáticas de los trabajadores sanitarios y proporcionar un conocimiento basado en la evidencia que pueda generar enfoques novedosos en las estructuras de trabajo de apoyo psicosocial para este colectivo.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: goviedo@javeriana.edu.co (G.F. Oviedo Lugo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.012>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Listening and Support Groups in a Teaching Hospital as a Model of Intervention for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic

A B S T R A C T

Keywords:

COVID-19 pandemic
Healthcare workers
Active listening
Virtual support groups
Telemedicine

Background: Healthcare workers facing the COVID-19 pandemic have experienced unexpectedly traumatic situations associated with concerns about the possibility of acquiring the infection, excessive workloads, and the increased inpatient mortality rates. The objective was to make changes in hospital practices that facilitate spaces for the well-being of healthcare worker teams.

Methods: We conducted an ongoing intervention during the first year of this outbreak. We established peer support groups by videoconference and individual virtual interventions for specialist physicians, resident physicians, nurses, and support personnel, focusing on problems and emotions related to the psychological impact of being on the clinical front line working with patients with pneumonia due to SARS-CoV-2 (COVID-19).

Results: The group work helped the expression of feelings, peer support, and validation of personal emotional experience. The participants expressed the need for physical and psychological security in the battle against COVID-19 and the need for interpersonal ties and giving meaning to their experiences.

Conclusions: Based on our findings, we consider it necessary to investigate the potentially traumatic experiences of healthcare workers and provide evidence-based knowledge that can generate novel approaches in psychosocial support work structures for this group.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Brote de enfermedad por coronavirus de 2019

En diciembre de 2019 se reportaron numerosos casos de neumonía viral, de causa en ese momento todavía desconocida, en Wuhan, China. Este brote rápidamente encendió las alarmas de los servicios sanitarios, y se determinó que el agente causal era un nuevo coronavirus al que se denominó SARS-CoV-2, en referencia al síndrome de dificultad respiratoria aguda. La marcada diseminación del virus llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar la pandemia de la nueva enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) el 11 de marzo de 2020. Tan solo 2 semanas después ya se había propagado a 114 países y muchos de ellos adoptaron cuarentenas totales con impactos económicos incalculables¹.

En Colombia el primer caso fue reportado el 6 de marzo de 2020, diagnosticado en una mujer de 19 años procedente de Milán, Italia². Según cifras oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia es uno de los países con más casos confirmados en el mundo. Para el 5 de septiembre de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social reportó 4.750.020 casos totales y 125.278 fallecimientos asociados con la COVID-19. Luego de un primer pico de casos y muertes entre los meses de julio y septiembre de 2020, seguido por un periodo de meseta, el país cursó por un segundo pico entre enero y febrero de 2021. En los meses de abril a agosto se vivió la tercera ola, que se ha traducido en una gran ocupación de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y aumento de hospitalizaciones en varios lugares, pero ha sido particularmente preocupante en las grandes capitales, que regresaron a algunas restricciones de movilidad, cuarentenas y toques de queda.

En respuesta al inesperado colapso de los hospitales observado en algunos países europeos los primeros meses de 2020, se tomaron en nuestro país múltiples precauciones para impedir este desenlace. Concretamente, se decretaron diversas modalidades de aislamiento preventivo para disminuir la velocidad de crecimiento de casos y evitar la sobrecarga del sistema de salud³.

Impacto de la pandemia: salud mental de los equipos sanitarios

La OMS define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Por ello, considera que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades^{4,5}. En relación con el impacto de la pandemia en la salud mental del personal sanitario, la depresión, los trastornos de ansiedad y el estrés postraumático son comunes, por lo que vigilar y dar atención temprana a los malestares y otros problemas como el síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) se considera obligatorio. En China, por ejemplo, el 50,4% de 1.257 médicos y enfermeras que atendieron a personas con COVID-19 desarrollaron depresión, según un estudio publicado por Lai et al.⁶. Además, el 44,6% tuvo ansiedad; el 34%, insomnio y el 71,5%, síntomas vinculados al estrés. Estos hallazgos indican que, entre los profesionales sanitarios que

atendieron a pacientes con COVID-19, las mujeres, las enfermeras y el personal de primera línea corren un alto riesgo de resultados adversos de salud mental y van a requerir intervenciones multimodales. Se ha evidenciado que la información clara, el apoyo de la organización, el apoyo social y el sentido de control personal se consideran factores protectores⁷.

Actualmente se entiende mejor la huella psicológica directa e indirecta que se genera después de desastres naturales como las pandemias en una gran cantidad de individuos. Los brotes de enfermedades infecciosas no son nuevos y las epidemias del siglo xx nos han permitido revisar su repercusión en la salud mental general de los individuos infectados, sus familiares y el personal sanitario⁸. Se puede concluir que, en comparación con todos los efectos combinados, los impactos psicológicos y en la conducta de los desastres naturales afectan a más personas en un territorio mayor y más tiempo. Este aspecto se conoce como la cuarta ola de la pandemia^{9,10}. En los estudios realizados después del SARS-CoV-1 en el año 2003, que afectó principalmente a China, Taiwán y Canadá, se encontró que el 10% del personal de salud contrajo un trastorno de estrés postraumático que se presentó 3 veces más en los profesionales sanitarios que tuvieron que ser aislados y trabajaron directamente con pacientes¹¹.

Salud mental de los equipos de salud, pandemia y factores asociados

El *burnout* es el resultado de un estrés laboral crónico caracterizado por sentimientos de poca energía, agotamiento, distanciamiento emocional, negativismo y cinismo, con una percepción de escasa realización profesional. Según la OMS, el *burnout* se refiere específicamente a un fenómeno del contexto ocupacional y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida¹². Esta noción es coherente con la conceptualización de Maslach en la que un patrón de síntomas de agotamiento e indiferencia pueden ser suficientes para considerarlo un caso^{13,14}.

Para el desarrollo de un trastorno depresivo existen factores de tipo genético, biológico, psicológico y ambiental. Algunos autores consideran que hay más riesgo de depresión cuando las áreas de distanciamiento y cansancio emocional del *burnout* están más afectadas en el personal sanitario en el marco de exposición a situaciones traumáticas y abrumadoras como la toma de decisiones generadoras de daños morales^{15,16}.

Investigadores del Programa de Psiquiatría del *Harlem Hospital Center* en Nueva York¹⁷ estimaron que el riesgo de morir por suicidio es 2 veces mayor entre los médicos y 4 veces mayor entre las médicas que en la población general. Asimismo la Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud de Colombia de 2019 encontró que las inadecuadas condiciones laborales del personal de la salud han generado un aumento de los casos de *burnout* y de depresión y suicidio¹⁸.

Esta misma encuesta evidenció la sobrecarga laboral: el 36% de los médicos generales colombianos trabajan en 2 o 3 centros médicos y el 30% de los especialistas atiende en 3 o más hospitales. Además, el 33% de los médicos especialistas trabajan 48-66 h/semana y el 20% de los médicos en servicio social obligatorio trabajan más de 264 h/mes. En relación

con el bienestar en el trabajo y el ámbito laboral, el 80% de los médicos generales, el 81% de los especialistas y el 75% de otros profesionales de la salud mencionan haber tenido dificultades^{19,22}. Existen programas de intervención temprana basada en la evidencia dirigidos a la salud mental del personal sanitario que se pueden estructurar desde las escuelas de Medicina y los centros asistenciales e influir en el bienestar en el sitio de trabajo y la salud mental individual²⁰ (fig. 1).

A lo problemas previos se suman las nuevas desventuras que ha traído la pandemia, la cual ha modificado la rutina personal y las conductas de las organizaciones, ha aumentado la sensación de falta de control, ha desbordado la demanda asistencial, ha generado la aparición de nuevos dilemas éticos y se asocia con estigma y exclusión social y temor a enfermar o a infectar a la familia^{21,22}.

Estudios realizados en Italia, España y Reino Unido concluyen que durante la pandemia ha aumentado sobremedida la prevalencia de estrés y una pobre calidad de vida, especialmente en los lugares más afectados por el virus^{10,23,24}.

Grupos de escucha: experiencia en un hospital universitario de Bogotá

Un grupo de apoyo se define como «un grupo de personas con experiencias e inquietudes comunes que brindan apoyo emocional y moral el uno para el otro»^{25,26}. En la década de los cincuenta, el psicoanalista británico Michael Balint inició la experiencia de contribuir a la formación de los médicos mediante los grupos que llevan su nombre. Estos grupos están conformados por médicos u otros trabajadores de la salud y un psicoanalista. La dinámica consiste en que los integrantes presentan casos de la práctica médica y se comentan los aspectos psicológicos y relacionales implicados. Este se diferencia de otro tipo de grupos que no solo se ocupan de la psicopatología o la psicodinámica del paciente o de las emociones o conflictos de los profesionales participantes, sino que suelen promover indirectamente la mejora en el bienestar del ejercicio profesional. Además, la intervención en sí misma genera procesos de cohesión grupal, apoyo, contención emocional y escucha activa. El conductor del grupo, según las indicaciones de Balint, debe ser un psicoanalista y el número de participantes debe oscilar entre 6 y 12^{27,28}.

En el Hospital Universitario San Ignacio, un psicoanalista experto conforma estos grupos desde hace más de 30 años, y continuaron integrándose en los tiempos de pandemia con una estructura virtual^{29,30}. En marzo de 2020 se inició en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) de Bogotá una planeación, luego de establecer contactos con miembros de facultades de Medicina en países de Europa y Estados Unidos, quienes propusieron, de acuerdo con sus vivencias de ese momento, empezar rápidamente con un plan de apoyo psicosocial al personal sanitario.

Bajo el liderazgo del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana, desde la Unidad de Salud Mental del HUSI, y con el apoyo del Decano Académico, se organizaron unos focos de trabajo para afianzar la promoción y prevención de la salud mental de los trabajadores sanitarios. Se estructuraron unos grupos virtuales por unidades funcionales como: urgencias, cuidado intensivo, medicina



Figura 1 – Intervenciones para el bienestar basadas en la evidencia.

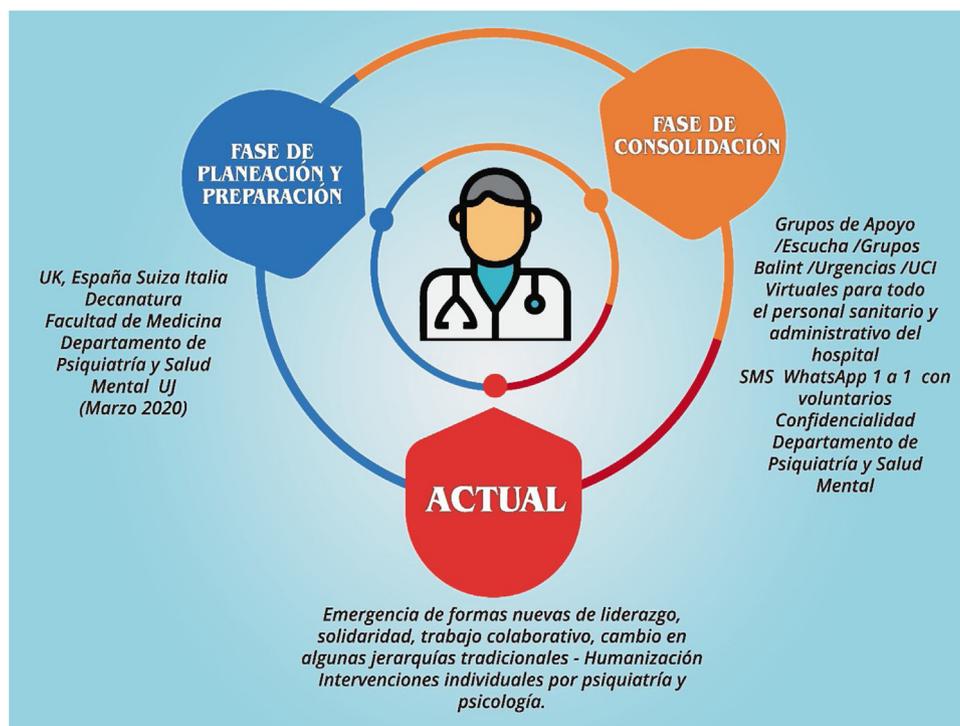


Figura 2 – Esquema de la estrategia general de apoyo emocional-psicosocial en el Hospital Universitario San Ignacio durante el primer año de la pandemia por COVID-19.

interna y especialidades, geriatría, enfermería, etc., y se asignó a cada conjunto de personas un psiquiatra al cargo, a su vez acompañado por residentes de Psiquiatría y psicólogos a modo de líderes coordinadores en estas actividades (figs. 2 y 3).

Los grupos crecieron paulatinamente en número de integrantes. Se socializaron las actividades por medio del correo institucional, carteleros y pantallas del hospital, con la asistencia de la dirección de talento humano y enviando mensajes



Figura 3 – Modelo de trabajo multinivel. Apoyo emocional al personal sanitario del Hospital Universitario San Ignacio.

de texto uno a uno por parte de los residentes y otros voluntarios desde una base de confidencialidad. Durante las intervenciones grupales se contó con la colaboración de 2-3 facilitadores por grupo, profesores y residentes de Psiquiatría, con reuniones semanales de 1.15 h de duración. En los encuentros se hacía hincapié en la libertad de expresión espontánea de pensamientos, sentimientos y emociones difíciles basada en los principios de respeto y privacidad. Varias personas manifestaron no sentirse cómodas hablando, pero afirmaron que las beneficiaba escuchar las sesiones.

Resultados

Se configuraron 22 grupos de trabajo que funcionaron en la modalidad de apoyo y escucha activa. Además, se designó que el grupo de intervención llamara por teléfono a los integrantes del equipo de la especialidad cada 7 días y la disponibilidad de los integrantes del grupo de intervención para las llamadas del grupo de especialidades. Por medio de las llamadas, se notificaban el apoyo y la presencia y se afirmaba el acompañamiento durante el periodo de crisis. Esta selección se realizó en función de las líneas de trabajo consideradas con mayor riesgo psicosocial en esta pandemia: cuidado intensivo, medicina interna, geriatría clínica, medicina de urgencias, anestesiología, neumología, pediatría, otorrinolaringología y enfermería.

Todas las instancias del hospital fueron informadas sobre la disponibilidad del grupo de apoyo psicosocial, recurso que se derivó de acuerdo con las necesidades particulares de los integrantes. A cada profesor líder se le indicó que notificara regularmente al jefe de cada servicio para establecer un nexo directo. Se brindó apoyo psicológico breve a todo el personal de salud que contactó por teléfono o por medios tecnológicos (*Microsoft Teams* y *Zoom*).

En total, 22 profesores del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental fueron los líderes-facilitadores de esta estructura de trabajo, junto con 32 estudiantes del posgrado en Psiquiatría General y de los programas de segunda especialidad (Psiquiatría de Enlace y Psiquiatría de Niños y Adolescentes). Se estima que, entre el 27 de marzo de 2020 y el 1 de agosto de 2021, 220 médicos tratantes, 65 residentes y 60 enfermeras integrantes de equipos de la primera respuesta han participado en las reuniones y 67 personas han acudido a sesiones individuales.

El número de integrantes en las reuniones ha variado entre 5 y 48, con una frecuencia semanal durante el primero y el segundo pico de la pandemia que luego fue quincenal. Los participantes han expresado sentirse bien en las intervenciones grupales e individuales. A las sesiones individuales acudieron personas que no se sentían cómodas en los grupos o afirmaron que tenían algunas dificultades para hablar estos temas en un grupo de pares. Otros empleados del área administrativa del hospital también solicitaron atención individual.

Las narrativas de los profesionales de la salud cubrieron una descripción de sus experiencias, explicando en detalle su compromiso con los pacientes y sus familias, así como sus relaciones con los miembros del personal del hospital.

En los grupos se ha hablado sobre aspectos relacionados con la separación de las familias con hijos y adultos mayores, las pérdidas masivas asociadas con la pandemia (económicas, de certidumbre), el aislamiento en los sitios habilitados para la vivienda de los trabajadores sanitarios durante el primer pico, el temor al contagio y la incomodidad al utilizar los equipos de protección personal. Se ha reflejado una exposición directa a experiencias emocionalmente perturbadoras como la figura omnipresente de la muerte en el hospital, que se manifiesta particularmente en las tribulaciones del proceso del fallecimiento de los pacientes sin sus familiares,

la comunicación de malas noticias y la participación en los comités de priorización-triage ético.

Otras personas han conversado sobre la emergencia de comportamientos altruistas, camaradería, confianza y solidaridad, con mayor trabajo colaborativo y expresiones afectivas desde el distanciamiento físico. Se ha abordado la ansiedad y otros problemas específicos en la adaptación a las extenuantes jornadas laborales y la fatiga. Durante las intervenciones se reforzaba y recordaba permanentemente el arte de practicar la enfermería y la medicina, y se manifestaba gratitud por la labor que está haciendo el personal de las primeras líneas ante esta enfermedad catastrófica.

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana trabajó de la mano con la Dirección Científica y Talento Humano de la institución para socializar mensajes orientados al autocuidado con pautas específicas. El hospital contrató cursos de musicoterapia, yoga y atención plena (*mindfulness*), amplió los espacios para los grupos Balint facilitados por 2 profesionales de la psiquiatría y otras actividades orientadas al bienestar brindadas por instructores expertos. El correo institucional y el espacio físico de la institución tuvieron un despliegue de carteleros e imágenes en pantallas informativas invitando a participar en los diferentes focos, incluido el servicio de apoyo espiritual^{29,31}.

El 15 de julio de 2021, el Hospital Universitario San Ignacio fue acreedor del Premio Internacional ORP (*Occupational Risk Prevention*) al Mérito de la Gestión Empresarial 2021: «Contención y protección integral para la población trabajadora del HUSI durante la emergencia COVID 19», que destaca el compromiso con la difusión y la aplicación de los valores de la prevención de riesgos laborales y la innovación empresarial. El hospital presentó la información exigida por el comité científico de la ORP informando sobre las diferentes estrategias implementadas y los resultados obtenidos en pro del cuidado de los 3.300 empleados (incluidos los residentes), que aborda temas de seguridad y salud en el trabajo, bienestar, salud mental, comunicación, educación y liderazgo. Se destaca que la adherencia al uso de los equipos de protección personal es de un 98%, que hubo cero contagios fuera del cerco epidemiológico, el acompañamiento general a los empleados y que se produjeron cero eventos mortales de empleados del HUSI por COVID-19^{31,38}.

Discusión

La disminución de las urgencias y las hospitalizaciones psiquiátricas al inicio de la pandemia contrasta con la muy alta solicitud de atención por medio de líneas telefónicas de ayuda y telemedicina dentro del hospital, para dar paso a una demanda amplia de servicios de salud mental, para lo cual Psiquiatría de enlace es una especialidad de mayor alcance en sus acciones. Este «metaenlace» ha facilitado estar más cerca de los trabajadores sanitarios, trabajar con la administración y dirección de nuestros centros e incluso abogar por el bienestar de todo el cuerpo médico, a la par de mantener por medios virtuales y presenciales la formación médica^{31,32}.

Este reporte destaca una de las prioridades de investigación actual y futura hacia el mantenimiento del bienestar de los trabajadores sanitarios en tiempos de pandemia. Conside-

ramos que el cambio debe comenzar desde los responsables de la formulación de las políticas institucionales para ofrecer una mayor variedad de estructuras de apoyo al personal de la salud. El impacto psicológico de estos desastres naturales es en gran medida negativo y requiere más atención para mitigarlo a través de la participación de equipos de trabajo³²⁻³⁵. El tratamiento de los problemas de salud mental emergentes entre los trabajadores sanitarios en esta epidemia ha sido un imperativo durante los últimos 12 meses^{34,36}. Las consecuencias psicológicas que enfrenta este grupo altamente vulnerable pueden tener implicaciones profundas y duraderas. Las personas piden ser escuchadas, que los temores de los que están en la primera línea sean tomados en cuenta y esto sea abordado a través de reuniones con los líderes de los equipos y el cuerpo directivo institucional, intentando que el personal esté incluido en las decisiones.

Otra solicitud es la protección mediante el acceso a la salud laboral para ellos y con extensión de cuidados a sus familias. La preparación continua para un desastre implica una necesidad amplia de organización y entrenamiento. Otras necesidades generales reivindicadas tienen que ver con la alimentación, el descanso, los espacios de bienestar, la posibilidad de actividad física y, en caso de aislamiento, que estén disponibles apoyos adicionales como saber qué se va a recibir en una situación grave de salud desde una perspectiva a corto, mediano y largo plazo^{21,22,36,37}.

El miedo se minimiza mediante la correcta difusión de información, la provisión del adiestramiento y los recursos adecuados, así como la formación de los empleados, sus familias y la población general, lo cual puede ayudar a reducir el estigma y la discriminación. Todas estas políticas deben estar alineadas y pueden incluir una monitorización institucional continua con el planteamiento de estudios que evalúen en el futuro el impacto de las intervenciones. El apoyo psicosocial y las medidas efectivas deben estar fácilmente disponibles en múltiples modalidades y niveles; se diseñan para adaptarse a las características específicas de los trabajadores sanitarios con el fin de empoderarlos en su papel fundamental contra las epidemias. Se necesita más investigación longitudinal y de alta calidad, especialmente sobre las acciones para reducir la carga para la salud mental en este colectivo, que en los últimos años ha sido objeto de estudio de síndromes de estrés^{37,38}. Para investigaciones futuras se recomienda determinar la eficacia de las intervenciones, estudiar los factores que facilitan su implementación, abordar la resiliencia y la regulación emocional de los profesionales de la salud y valorar la utilidad de aplicaciones tecnológicas.

Conclusiones

Es prioritario contar con una fuerza laboral resiliente que pueda responder a los desafíos que continúa generando la pandemia. Los trabajadores de la salud en la primera línea pueden ser más susceptibles a factores de estrés psicológico como la escasez de recursos, la protección de sí mismos, sus familias y sus pacientes. Existen oportunidades en varios niveles para marcar una diferencia en el apoyo a la salud mental de los equipos de salud e identificar y fomentar espacios para encontrar crecimiento y significado dentro de esta situación.

La capacidad de respuesta de los equipos de salud a grandes exigencias y presiones requiere un apoyo laboral institucional y de la sociedad consistente y adecuado. Consideramos que este modelo puesto en funcionamiento en nuestra institución puede replicarse en otros centros de acuerdo con sus propias necesidades.

Financiación

Artículo elaborado con fondos propios de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, y el Hospital Universitario San Ignacio.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan. *China. Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
- Rosselli D. Covid-19 en Colombia: los primeros 90 días. *Acta Neurol Colomb*. 2020;36Supl1:1–6.
- Almeida-Espinosa A, Sarmiento-Ardila JA. COVID-19: implicaciones de SARS-CoV-2 in Colombia. *COVID-19: implicaciones en Colombia. Gac Med Mex*. 2020;156:334–8.
- Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed-methods multidisciplinary, international survey. *BMJ Open*. 2015;5:e007079.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18:23–33.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e203976.
- De Brier N, Stroobants S, Vandekerckhove P, De Buck E. Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*. 2020;15:e0244052.
- Shultz JM. Perspectives on disaster public health and disaster behavioral health integration. *Disaster Health*. 2014;2:69–74.
- Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:883–92.
- De Sio S, Buomprisco G, La Torre G, Lapteva E, Perri R, Greco E, et al. The impact of COVID-19 on doctors' well-being: results of a web survey during the lockdown in Italy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020;24:7869–79.
- Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54:302–11.
- World Health Organisation. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. nEW yORK: who; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon>.
- Schaufeli WB, Maslach C, Maslach C, Maslach C. Burnout: a multidimensional perspective. En: *Professional burnout*. New York: Routledge;. 2017:19–32.
- Maslach C, Leiter MP. Burnout. En: *Stress: concepts, cognition, emotion. En: and behavior*. Cambridge: Academic Press; 2016. p. 351–7.
- Ford EW. Stress, burnout, and moral injury: the state of the healthcare workforce. *J Healthc Manag*. 2019;64:125–7.
- Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occup Med (Lond)*. 2020;70:317–9.
- Holoshitz Y, Brodsky B, Zisook S, Bernanke J, Stanley B. Application of the Zero Suicide Model in residency training. *Acad Psychiatry*. 2019;43:332–6.
- Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud 2019. Bogotá: Colegio Médico Colombiano; 2019. Disponible en: <https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta>.
- Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020;113:707–12.
- McFarland DC, Hlubocky F, Riba M. Update on addressing mental health and burnout in physicians: what is the role for psychiatry? *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21:108.
- Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323:1439–40.
- Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323:2133–4.
- Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020. S1888-9891(20)30060-4.
- Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:m1211.
- Viswanathan R, Myers MF, Fanous AH. Support groups and individual mental health care via video conferencing for frontline clinicians during the COVID-19 pandemic. *Psychosomatics*. 2020;61:538–43.
- Hu A. s Reflections: the value of patient support groups. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156:587–8.
- Tschuschke V, Flatten G. Effect of group leaders on doctors' learning in Balint groups. *Int J Psychiatry Med*. 2019;54:83–96.
- Ribé Buitrón J. Que fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. *Norte Salud Ment*. 2012;10:13–25.
- Garciandía Imaz JA. Identificación del síndrome de burnout y su prevalencia en los residentes de postgrado de Medicina Familiar de Colombia durante el año 2016. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina; 2017.
- Gómez-Restrepo C. Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37Supl1:100–12.
- Stein B, Müller MM, Meyer LK, Söllner W, CL Guidelines Working Group. Psychiatric and psychosomatic consultation-liaison services in general hospitals: a systematic review and meta-analysis of effects on symptoms of depression and anxiety. *Psychother Psychosom*. 2020;89:6–16.
- Ferrel MN, Ryan JJ. The impact of COVID-19 on medical education. *Cureus*. 2020;12:e7492.
- Zhang Y, Xie S, Wang P, Wang G, Zhang L, Cao X, et al. Factors influencing mental health of medical workers during the COVID-19 outbreak. *Front Public Health*. 2020;8:491.

34. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:317–20.
35. Grignoli N. Potential space in hospitals: insight from a health psychologist. *HERD*. 2021;14:84–95.
36. Tracy DK, Tam M, Eldridge R, Cooke J, Calder JDF, Greenberg N. What should be done to support the mental health of healthcare staff treating COVID-19 patients? *Br J Psychiatry*. 2020;217:537–9.
37. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11:CD013779.
38. El Hospital Universitario San Ignacio recibe Premio internacional por el cuidado de sus empleados durante la pandemia-HUSI. Disponible en: <https://www.husi.org.co/el/el-husi-hoy/hospital-universitario-san-ignacio-recibe-premio-internacional-por-el-cuidado-de-sus-empleados-durante-la-pandemia>.